UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 102

L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS LES ENDOCARDITES MALIGNES INFECTIEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juillet 1947

PAR

Louis-Marius-Victorin CHAMBON

Diplômé de Médecine Coloniale

Né à ARLES (Bouches-du-Rhône), le 2 Août 1921

Examinateurs de Thèse

MM CREYX, professeur	*Président*	
DE GRAILLY, professeur..	*Juges*	
PIÉCHAUD, professeur ...		
SARIC, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE Vve VASSAL
58, Rue du Sablonat

1947

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536508_0092

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 102

L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS LES ENDOCARDITES MALIGNES INFECTIEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juillet 1947

PAR

Louis-Marius-Victorin CHAMBON

Diplômé de Médecine Coloniale

Né à ARLES (Bouches-du-Rhône), le 2 Août 1921

Examinateurs de Thèse

MM CREYX, professeur ..... *Président*

DE GRAILLY, professeur.. *Juges*

PIÉCHAUD, professeur ... *Juges*

SARIC, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE Vve VASSAL
58, Rue du Sablonat

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : ..... M. DUPÉRIÉ.
ASSESSEUR : ..... M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT,
ROCHER, ANDERODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses ..	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie ...	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	N.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DÉLMAS MARSALET
Chimie	CHELLE.	Clin. oto-rino-laryngologique ..	PORTMANN.
Botanique et matière médicale ...	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Pharmacie	VITTE.	Hydrologie thérap. et climatol. ..	N.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique ...	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants ..	FONTAN.		

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LAUMONIER.
Histologie	N...	Obstétrique	N.
Physiologie	N.	id.	MAHON.
Médecine générale	BROUSTET.	Ophtalmologie	BESSIÈRE
id.	SARIC.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DUBARRY.	Dermatologie et syphiligraphie ..	LE COULANT
id.	J.-F. TRAISSAC.	Chimie biologique	TAYEAU.
id.	N.	Physique médicale	REBOUL.
id.	N.	Chimie gén. pharm. et toxicol. ..	CASTAGNOU.
Chirurgie générale	N.	Histoire natur. pharmaceutique ..	GIRARD.
id.	MASSÉ.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MAGENDIE.	id.	N.
id.	POUYANNE.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	PERY.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	VILLAR.
Chimie minérale	CASTAGNOU.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER
Botanique	GIRARD.	Electroradiologie	CAILLON.
Cryptogamie	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE — A MA MERE

En gage de ma profonde affection et de ma filiale reconnaissance.

A MA FEMME — A MON FILS

Qui résument pour moi les tendresses suprêmes.

A MA TANTE

A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Médecin Général GALIACY

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales.
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre.

A Monsieur le Médecin en Chef de 2e classe BOURRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales.
Officier de la Légion d'Honneur.
Commandeur du Nicham-Iftikhar,
Officier du Ouissan-Allaouit.

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A NOS MAITRES DES FACULTES ET HOPITAUX
DE MONTPELLIER ET BORDEAUX

A Monsieur le Professeur Agrégé SARIC

Médecin des Hôpitaux.

Inspirateur de cette thèse dont il fut le conseiller précieux et toujours aimable. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CREYX

Professeur de Clinique Médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la Présidence de cette Thèse.

L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS LES ENDOCARDITES MALIGNES INFECTIEUSES

INTRODUCTION

Depuis la publication de Gallavardin en 1921, l'hippotisme digital est considéré comme un signe classique des endocardites malignes infectieuses. Nous en avons cependant repris l'étude, frappé par l'importance qu'il paraissait avoir dans une de nos observations (Obs. II) et que lui accordent généralement les auteurs anglo-saxons.

Ce travail, inspiré par le Professeur agrégé R. Saric, a pour but de dégager toutes les indications que peut donner la constatation de cette déformation digitale au cours des endocardites malignes infectieuses.

Pour cela, dans une première partie, nous avons, d'une part, fixé le cadre de notre étude par un court rappel sur la classification des endocardites, d'autre part, essayé de préciser l'étiologie et quelques éléments des diagnostics positif et différentiel de l'hippocratisme digital, afin d'éviter des erreurs à ce double point de vue.

Au cours de la deuxième partie, nous nous sommes attachés à mettre en relief les principaux caractères de la déformation hippocratique des doigts dans les endocardites septicémiques, notamment sa précocité d'apparition. Car, nous le montrons ensuite, si le diagnostic des

endocardites infectieuses est souvent difficile à faire, cela tient à ce que leurs signes, pourtant nombreux, n'apparaissent que progressivement au cours d'une évolution parfois longue. La valeur diagnostique d'un signe précoce comme l'hippocratisme digital peut prendre une importance particulière.

Nous avons enfin réuni, dans une troisième partie, tous les documents cliniques que nous avons recueillis (28 dans la littérature, 4 dans les Hôpitaux de Bordeaux) et auxquels nous renvoyons le lecteur en cours de notre exposé.

PREMIÈRE PARTIE

GENERALITES

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES ENDOCARDITES

Libman donne des endocardites une classification complète que nous pouvons résumer ainsi :

— Endocardites dues à un germe connu :
  — syphilitique;
  infectieuses aiguës, sub-aiguës, ou secondaires des cardiaques.

— Endocardites de nature indéterminée :
  — endocardites végétantes purement rhumatismales;
  — endocardites pseudo-rhumatismales qui ne diffèrent des précédentes que par des végétations plus grosses et l'absence de nodules d'Aschoff.

Mais, pratiquement, en présence d'un malade atteint d'une endocardite, le problème consiste à distinguer la maladie de Jaccoud-Osler des endocardites aiguës ou rhumatismales. Ce diagnostic différentiel est généralement facile, chacune de ces maladies ayant des caractères propres

bien individualisés. Mais des difficultés peuvent survenir, qui s'expliquent aisément lorsqu'on analyse plus profondément les faits. C'est ainsi que, dans une étude sur les aspects cliniques et diagnostic des endocardites malignes prolongées, Jouve a proposé, en se basant sur un double contrôle anatomique et bactériologique, d'individualiser dans le cadre des endocardites malignes le syndrôme de Libman-Osler. Il groupe ainsi des faits cliniques « plus nuancés et plus divers que ceux que l'on reconnaissait à la maladie d'Osler » et correspondant aux formes lentes et sub-aiguës des endocardites infectieuses.

Ce syndrôme est caractérisé :

— du point de vue clinique, par :
  — une allure primitive ou une apparition sur une cardiopathie antérieure;
  — un début insidieux ou, au contraire, une manifestation bruyante (infarctus viscéral, insuffisance cardiaque rapidement évolutive);
  — un syndrôme cardio-vasculaire : manifestations cardiaques assez rares, manifestations vasculaires massives non infectantes, manifestations vasculaires mineures (syndrôme cytologique urinaire et acro-algique);
  — des formes cliniques diverses.

— du point de vue anatomique, par :
  — des lésions corrélatives cardio-vasculo-sanguines;
  — une hyperplasie du S. R. E.;
  — des lésions de nécrose parcellaire au niveau de l'endocarde, de l'endothélium vasculaire, des reins, du foie.

— du point de vue bactériologique, par :
  — une hémoculture positive à germe peu virulent.

Ainsi se trouvent groupés dans un même cadre nosologique, un grand nombre de faits cliniques. Mais les limites de ce syndrome ne sont pas toujours faciles à établir.

Le diagnostic différentiel avec l'endocardite de la maladie de Bouillaud est parfois malaisé cliniquement, notamment dans les cas où, suivant Libman, la maladie prend une allure chronique après la disparition spontanée du germe qui a donné naissance à l'endocardite infectieuse (bactéria-free cases). Nous verrons qu'aucun signe clinique ne peut être considéré comme un critère absolu de l'une ou l'autre maladie.

Ce diagnostic est même impossible pour ceux qui, avec Clawson, Bell, Poyton, considèrent que les lésions rhumatismales et infectieuses sont des réactions des différentes intensités à la même affection, suivant la virulence d'un même germe ou les variations de l'immunité.

Les examens anatomiques ne seraient même pas décisifs pour Clawson et Bell.

Notons aussi que les deux affections peuvent co-exister chez un même malade (Von Glahn et Pappenheimer) ce qui contredit la thèse précédente, mais ce qui augmente aussi la complexité du diagnostic.

Des difficultés du même ordre peuvent surgir quand il s'agit de choisir entre les deux hypothèses : syndrome de Libman-Osler et endocardite maligne aiguë. Il existe, en effet, des formes de passage qui établissent une transition intensible des formes aiguës aux formes prolongées; ces formes ont des caractères assez flous pour que les critères cliniques ne puissent permettre de les classer.

En somme, on peut grouper en syndrome de Libman-Osler, endocardites rhumatismales et infectieuses aiguës, les principales atteintes de l'endocarde dont, cliniquement,

on peut avoir à faire le diagnostic différentiel. Ce diagnostic peut s'avérer difficile. Mais une des conclusions de ce travail sera précisément de proposer l'hippocratisme digital comme un signe du syndrome de Libman-Osler capable de le faciliter.

CHAPITRE II

L'HIPPOCRATISME DIGITAL

ETIOLOGIE

Depuis qu'Hippocrate a décrit les doigts en baguettes de tambour au cours des suppurations pleurales, on a retrouvé cette déformation digitale dans de nombreuses autres maladies dont nous allons essayer de donner une énumération aussi complète que possible.

Il importe, en effet, pour pouvoir attribuer à ce signe toute sa valeur, dans les cas d'endocardites infectieuses malignes, d'en éliminer les autres causes. Et pour ce faire, deux points sont à préciser :

— Nous considérons, pour des raisons données plus loin, l'hippocratisme digital et l'ostéo-arthopathie hypertrophiante comme deux entités différentes; les signes distinctifs de ces deux déformations digitales sont assez bien établis pour que leur diagnostic différentiel soit aisé, au moins dans la généralité des cas.

— Parmi les causes d'hippocratisme digital proprement dit, il faut distinguer celles qui sont communes de celles qui sont rares ou exceptionnelles, ce qui, pratiquement, réduit considérablement le champ des recherches en présence d'un malade donné.

a) **Causes communes.**

1° Pulmonaires.

Ce sont les plus fréquentes comme le montrent les chiffres suivants cités par Quirno : sur 55 hippocratismes digitaux, Thayer a relevé 43 causes pulmonaires; Janneway, 65 sur 93, et Wynn 68 sur 100.

— Tuberculose pulmonaire : Pigeaux a noté 167 déformations hippocratiques des doigts sur 200 cas; Bezançon et de Jong signalent comme plus fréquemment rencontrées les formes suivantes : formes fibreuses à marche lente, formes rapides avec dyspnée et cyanose, formes avec laryngite tuberculeuse (Bresselle, cité par Quirno).

— Processus suppuratifs broncho-pleuro-pulmonaires : bronchatectasies; pleurésies purulentes, abcès du poumon, gangrènes pulmonaires (Moulonguet et Caussade).

—Adénopathies péribronchiques (Moulonguet), scléroses pulmonaires (Moulonguet, Rendu et Boulluche cités par Quirno), syphilis pulmonaire à forme tumorale (Quirno), cancers pulmonaires.

2° Cardiaques.

Sur un groupe de 798 cardiopathies longtemps suivies, Cotton (cité par Quirno) déclarent avoir trouvé 63 déformations hippocratiques des doigts (8 p. 100) dont 16 étaient dues à des endocardites malignes infectieuses lentes.

Cette statistique montre que, sans atteindre le pourcentage élevé des affections pulmonaires, l'hippocratisme digital n'est pas rare dans les cardiopathies et que les endocardites infectieuses sont dans ce groupe la cause la plus fréquente.

— Cardiopathies congénitales avec cyanose : rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, tétralogie de Fallop.

— Cardiaques noirs d'Ayersa par insuffisance ventriculaire droite, pléthoriques avec cyanose (Quirno).

—Maladie de Vaquez (Gallavardin et Langeron).

b) **Causes rares.**

1° Affections de l'appareil digestif.

— Polypose intestinale (Bensaude, Hillemand et Augier; Brulé et Lièvre; Gosset). 7

— Dysenterie amibienne (Lemière et Levesque; Brulé, Hillemand et Gaube).

— Entérite à lamblias et à trichomonas (Loubeyre et Fabiani).

— Entérite chronique avec cyanose entérogène (Quirno).

— Rétrécissement inflammatoire du rectum : hippocratisme digital et rhumatisme infectieux secondaire à l'infection focale (Moulonguet et Salomon).

2° Affections hépathiques.

— Cirrhoses biliaires (Chatin et Cade; Gilbert et Fournier; Gilbert et Lereboullet; Mauriac et Saric).

— Cirrhose hypertrophiante avec infection des voies biliaires (Lereboullet et Castaigne, cités par Quirno).

— Cirrhose de Hutinel (Lereboullet, cité par Quirno).

— Cirrhose paludéenne (Langeron et Gallavardin).

— Exceptionnellement cirrhoses non biliaires (Abadie, Blakeney).

— Diabète bronzé (Quirno).

— Amylose hépatique (Ronchetti, cité par Quirno).

— Abcès hépathiques (Quirno).

— Kystes hydatiques du foie (Langeron et Gallavardin).

3° Autres causes.

— Sujets vivant en haute montagne (Carlos Monge, cité par Moulonguet, Quirno et Schachter).

— Altérations et malformations vasculaires des membres : compressions artérielles, anévrysmes, varices, etc...

c) Causes exceptionnelles.

D'origines générales :

— Cas d'allure familiale (Davis, Seaton).

— Néphrite chronique : un cas rapporté par Chatin et Cade; mais il s'agit, en réalité, d'une O. A. H.

— Pyélonéphrite : le cas de Marfan n'est pas démonstratif; il s'agit, en effet, d'une petite fille atteinte de cystite et de pyélonéphrite à colibacille, mais également tuberculeuse.

— Mal de Bright : deux cas (Esbach).

— Cachexie palustre (Esbach).

— Mal de Pott (Whitman et Lasserre, cité par Quirno).

— Abcès dans différentes parties du corps (Quirno).

— Rachitisme (Funk, cité par Quirno).

D'origines locales :

— Séquelles de gelure (V. Corbetta, cité par Quirno, Langeron et Gallavardin).

— Lésions nerveuses périphériques (Langeron et Gallavardin).

— Maladie de Raynaud (Magin, cité par Quirno).

— Influence de substances toxiques chez les travailleurs : Carbonate de K et de Na (Quirno).

En présence d'un malade porteur d'un hippocratisme digital et chez lequel on soupçonne une endocardite maligne infectieuse, il convient d'éliminer toute affection ancienne ayant pu provoquer une déformation digitale qui n'aurait pas régressé (dans ce cas la date d'apparition a une grande importance, mais elle est difficile à préciser) ou toute affection concomitante qui pourrait en être la cause. En vérité, trois cas seulement peuvent laisser planer un doute :

— exceptionnellement un hippocratisme digital chez un sujet vivant en haute montagne ou d'allure familiale;

— plus fréquemment un hippocratisme digital chez un malade porteur d'une cardiopathie congénitale sur laquelle peut se greffer une endocardite infectieuse.

Il apparaît donc que les confusions d'origine peuvent être facilement évitées si l'on tient compte de la fréquence de l'hippocratisme digital dans chacun des groupes de maladies que nous venons d'étudier. La lecture de nos observations le montre d'ailleurs bien. En particulier dans les observations XVI et XXII, on élimine facilement par des examens complémentaires la possibilité d'une tuberculose évolutive et, dans l'observation XVII, celle d'une bronchectasie.

PATHOGENIE

L'étude de toutes ces causes d'hippocratisme digital que nous venons de rappeler n'a pas permis d'en fixer une pathogénie précise. On a émis de nombreuses théories, adaptées à chaque cas particulier, qui mettent en relief les unes des troubles de la mécanique circulatoire, les autres l'influence de produits toxiques microbiens, ou encore le rôle que paraissent jouer certains troubles endocriniens (M. Schachter).

Ces hypothèses n'amènent qu'une conclusion : la déformation hippocratique des doigts paraît résulter de modifications humorales que l'on ne peut encore préciser.

En restant dans le cadre des endocardites infectieuses, nous n'envisagerons cette pathogénie que pour en tirer des conclusions utiles au but de ce travail.

Hatzieganu pense que deux conditions sont nécessaires à la production de l'hippocratisme digital dans les endocardites infectieuses lentes :

— Une lésion valvulaire antérieure, qui est à l'origine des troubles circulatoires et qui prépare le terrain.

— Une infection lente, superposée, source de phénomènes toxi-infectieux sur le rôle desquels Gallavardin et Molines insistent.

Si nous envisageons isolément chacune de ces conditions, nous voyons que :

1° Une cardiopathie valvulaire :

— Congénitale, cyanogène, donne fréquemment naissance à un hippocratisme digital.

— Au contraire acquise et non compliquée d'endocardite infectieuse, elle ne s'accompagne jamais d'une telle déformation, quel que soit le degré de cyanose, même dans les rétrécissements mitraux à forme cyanotique (Gallavardin et Gravier). L'endocardite rhumatismale ne s'accompagne pas d'hippocratisme digital, fait d'une importance capitale, qui doit permettre le diagnostic différentiel avec l'endocardite infectieuse dans certains cas difficiles.

2° Par contre, les phénomènes toxi-infectieux peuvent isolément donner lieu au développement d'un hippocratisme digital. En effet :

— d'une part, contrairement à l'opinion d'Hatzieganu, il est des cas d'endocardites malignes lentes, primitives, sans atteinte rhumatismale antérieure, qui s'accompagnent d'une déformation hippocratique des doigts;

— d'autre part ,les cas sont fréquents d'endocardites sub-aiguës primitives, avec hippocratisme digital.

Mais, peut-on admettre que la toxi-infection sanguine résultant d'une endocardite maligne infectieuse aiguë soit susceptible de donner naissance à un hippocratisme digital ?

Harvier le pense qui donne une observation que nous discuterons en temps voulu du point de vue clinique (Obs. XXVI).

Pour rester sur le plan pathogénique, nous pensons que :

— L'action de l'infection dans le temps ne joue pas un rôle primordial, l'hippocratisme digital étant un signe souvent précoce de l'endocardite lente et, de plus, la division en endocardites lentes, subaiguës et aigues n'étant sion en endocardites lentes, sub-aiguës et aigues n'étant que schématique pour la durée respective de chacune de ces affections.

— Les modifications humorales qui sont certainement à la base du mécanisme de production de l'hippocratisme digital ne sont pas suffisamment connues pour pouvoir affirmer qu'elles puissent ou non résulter d'une endocardite infectieuse aiguë, alors que l'expérience montre qu'elles résultent fréquemment d'une endocardite lente ou sub-aiguë.

C'est sans doute aussi cette insuffisance de connaissance qui ne nous permet pas d'expliquer pourquoi on ne trouve pas d'hippocratisme digital dans les cardiopathies valvulaires rhumatismales dont la nature infectieuse est à peu près communément admise et qui peuvent s'accompagner de cyanose.

DIAGNOSTIC

L'étude des observations d'endocardites septicémiques, avec hippocratisme digital, montre qu'il est difficile de préciser le moment d'apparition de cette déformation digitale. Cela tient à deux faits :

— Ses caractères objectifs ne sont bien précisés qu'à la période d'état; au début, une cyanose des doigts se remarque, mais elle peut manquer.

— Le malade ne peut donner aucune indication, en l'absence d'une douleur ou d'une gêne fonctionnelle pouvant attirer son attention sur ses extrémités digitales.

C'est pourquoi nous proposons, pour faire le diagnostic assez tôt, le *signe du profil digital* de S.-L. Lovibond qui, aux dires de cet auteur, lui rendrait de grands services.

L'hippocratisme digital est souvent un signe de maladie grave. Trousseau y voyait un élément de fâcheux pronostic chez les bacillaires. Et nous savons que l'évolution des endocardites malignes infectieuses conduit plus ou moins rapidement les malades à la mort, malgré l'emploi de médicaments anti-infectieux énergiques.

C'est dire qu'il faut pouvoir en faire un diagnostic précis en éliminant les autres déformations digitales d'origine locale ou générale.

a) **Description.**

C'est une déformation digitale du groupe des éléphantiasis mollis qui s'établit plus ou moins rapidement (quelques semaines à quelques mois) sans douleur ni gêne fonctionnelle et qui apparaît d'abord au pouce, pour s'étendre à l'index et aux autres doigts. Les orteils peuvent être intéressés (Obs. XVI).

1° Aspect clinique.

Au début, la dernière phalange devient turgescente et cyanosée (la cyanose peut manquer) et le processus débute par une hypertrophie du derme sous-unguéal qui donne naissance à une saillie transversale. La base de l'ongle se trouve ainsi soulevée et peut apparaître sous la peau; sa courbure longitudinale peut s'exagérer. On a alors un ongle plus ou moins déformé, projeté en avant et donnant l'impression de flotter sur un tissu œdémateux.

A ce moment, le *signe du profil digital* (profile sign de S.-L. Lovibond), permettrait de faire facilement le diagnostic en mettant en évidence l'ouverture de l'angle que

forme l'ongle avec la partie rétro-unguéale de la phalangette. C'est ce que montrent les figures suivantes :

F. 1 F. 2 F. 3 F. 4

Figure 1 :

Doigt normal (angle : 160°).

Figure 2 :

L'ongle est incurvé, mais l'angle est normal (pas d'hippocratisme digital).

Figure 3 :

Disparition de l'angle (léger hippocratisme digital).

Figure 4 :

La base de l'ongle est projetée en avant; le diamètre du doigt au niveau de l'ongle est augmenté dans les deux sens; l'ongle peut être ou non incurvé (important hippocratisme digital).

Au fur et à mesure que la déformation digitale s'accentue ,on s'approche de la description qu'en ont faite Trousseau, Serre, Esbach et de nombreux autres auteurs. Nous la résumerons en quelques mots : la phalange unguéale paraît raccourcie par un épaississement et un élargissement de la pulpe des doigts; en même temps, l'ongle, lui-même épaissi, peut s'incurver vers la région palmaire. Cet ensemble donne l'aspect classique des doigts bulbeux, en baguettes de tambour, avec des ongles qui peuvent être en verre de montre ou en bec de perroquet.

Cette déformation reste limitée à la dernière phalange, si bien que Schachter a proposé de parler de phalanges plutôt que de doigts hippocratiques.

2° Aspect radiologique.

L'hippocratisme digital résultant d'une hypertrophie des parties molles sous-unguéales, le squelette de la phalangette ne présente, en général, pas d'altération. On peut cependant observer quelques déformations osseuses contingentes, sous forme :

— d'ostéophytes;
— de proliférations floues de la moitié distale de la phalangette;
— d'atrophie de la phalangette.

On n'a trouvé de périostite engainante que dans des cas s'accompagnant de douleurs dans les grosses articulations et semblant réaliser ainsi des formes frustes d'ostéo-arthropathie hypertrophiante de P. Marie.

b) **Diagnostic différentiel.**

1° Avec l'O.A.H. de P. Marie.

Dans l'O. A. H., les doigts ne sont plus en baguettes de tambour, mais boudinés par l'atteinte de la totalité des phalanges; l'aspect des ongles n'est pas caractéristique de l'une ou l'autre affection. Mais, l'hippocratisme digital évolue sans manifestation ostéo-articulaire, douloureuse ou fonctionnelle, ce qui permet de faire le diagnostic avec les cas frustes d'O. A. H., localisés à la phalangette.

De plus, la gaine périostée et le boursoufflement des épiphyses constituent deux images radiologiques caractéristiques de l'O. A. H., qu'on ne retrouve pas dans l'hippocratisme digital.

La déformation hippocratique des doigts est-elle un stade de début de l'O. A. H. ? On ne connaît pas d'observation qui le montre clairement, si bien que, sans qu'on en ait la preuve formelle, on tend actuellement à diffé-

rencier ces deux déformations « pour des raisons de séméiologie et d'évolution » (R. Saric).

2° Avec certaines déformations unguéales.

Elles sont fréquentes dans le R. A. A. et dans bien d'autres maladies ;on n'a pas hésité parfois à les assimiler à l'hippocratisme digital dont elles sont différentes.

Un premier degré a été décrit par les Américains (W.-H. Rosenau), après une étude basée sur cent observations. Il s'agit de déformations particulières des ongles apparaissant dans 95 p. 100 des cas au cours d'une crise de R. A. A. ou d'une chorée avec atteinte cardiaque, dans 75 p. 100 des cas au cours de formes évolutives de tuberculose. Ce sont de petites dépressions, temporaires ou durables, de la surface de l'ongle qui, dans certains cas, peuvent prendre l'aspect de sillons horizontaux ou longitudinaux, complets ou incomplets. Mais il n'y a rien là qui rappelle l'hippocratisme digital. Rosenau déclare d'ailleurs n'avoir trouvé que deux cas d'hippocratisme digital, mais alors une endocardite lente s'était greffée sur les lésions rhumatismales antérieures.

De même une incurvation de l'ongle ne s'accompagnant pas des autres caractères de l'hippocratisme digital et notamment du signe du profil digital n'est pas une véritable hippocratisme digital, comme l'ont fait remarquer S.-L. Lovibond en Angleterre, Gallardin et Gravier en France. Cette déformation unguéale isolée, qui n'est pas nécessairement présente dans l'hippocratisme digital, peut se rencontrer dans les cardiopathies acquises rhumatismales.

3° Avec des déformations de causes locales.

Nous ne ferons que citer les nodosités d'Haberden, le panaris sous-unguéal ,le périonyxis chronique, dont le diagnostic différentiel avec l'hippocratisme digital est évident.

Nous pouvons donc conclure que le diagnostic différentiel avec les autres déformations digitales est, en général, facile mais nous retiendrons particulièrement le signe du profit digital qui permet d'éliminer les incurvations unguéales isolées et de faire le diagnostic précoce de l'hippocratisme digital.

DEUXIEME PARTIE

L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS LES ENDOCARDITES

CHAPITRE PREMIER

CARACTERES DE L'HIPPOCRATISME DIGITAL AU COURS DU SYNDROME DE LIBMAN-OSLER

Nous avons pu relever dans la littérature 28 observations auxquelles nous ajoutons 4 observations nouvelles pour essayer de préciser, par leur analyse, la place que l'on peut donner à l'hippocratisme digital dans la hiérarchie des signes des endocardites malignes infectieuses et les particularités qui s'y attachent.

a) Travaux antérieurs.

C'est Langeron et Gallavardin qui, pour la première fois, en 1921, signalèrent cette déformation digitale dans deux cas de cardiopathies mitro-aortiques anciennes compliqués d'endocardites malignes infectieuses à forme prolongées. L'année suivante ce fut Bargen en Amérique. Et dès lors de nombreux articles furent publiés tant dans la presse médicale française qu'étrangère, l'hippocratisme digital y étant étudié du point de vue de sa pathogénie ou de sa valeur diagnostique dans les endocardites malignes infectieuses.

b) **Analyse des observations.**

Tous les auteurs, notamment Hatzieganu, à l'exception d'Harvier, insistent sur le fait que l'hippocratisme digital ne se trouve que dans les formes lentes ou sub-aiguës des endocardites malignes, c'est-à-dire dans ce qui constitue le syndrome de Libman-Osler.

Nous réservons pour le moment la discussion de ce point de vue, que nous avons déjà envisagée à propos de la pathogénie, pour ne nous occuper que de l'hippocratisme digital, en tant que symptôme des endocardites lentes et sub-aiguës.

Ce symptôme est maintenant classique; c'est ainsi que sur les trente-deux observations que nous avons relevées, il y a :

— 23 endocardites lentes, dont le diagnostic est vérifié :
  — pour 5 par une hémoculture (Obs. I, XVI, XX, XXVIII, XXIX);
  — pour 12 par une autopsie (Obs. II, V, VIII, X, XII, XIII, XIV, XV, XVII, XVIII, XXX, XXXI);
  — pour 5 par des signes cliniques nets (Obs. III, IV, VI, IX, XI);
  — seule l'observation VII permet des doutes.

— 6 endocardites sub-aiguës, dont :
  3 sont vérifiées par une autopsie (Obs. XXVII, XXXII, XXIV);
  — 3 ont des signes cliniques nets (Obs. XIV, XXII, XXIII).

— les observations XXI (hémoculture positive) et XXV (autopsie) peuvent être considérées comme des endocardites infectieuses lentes ou sub-aiguës;

— enfin, nous réservons la discussion du diagnostic de l'observation XXVI (endocardite sub-aiguë ou aiguë).

Cette analyse montre que l'hippocratisme digital est un signe indubitable des endocardites malignes infectieuses.

Mais il reste à déterminer sa fréquence et les renseignements que l'on peut tirer de sa présence.

1° Au point de vue des circonstances d'apparition des endocardites.

Nous savons que dans les endocardites infectieuses, le processus septicémique ou bien se greffe sur une cardiopathie ancienne, rhumatismale le plus souvent, pour les endocardites lentes, syphilitique pour les sub-aiguës, ou bien est d'apparence primitive surtout dans les cas d'endocardites sub-aiguës.

C'est ce qui ressort bien de l'analyse de nos observations qui met en évidence :

— Parmi les endocardites lentes :

  — 17 se greffant sur des cardiopathies valvulaires rhumatismales;

  — 2 sur des lésions syphilitiques (Obs. XVIII et XX);

  — 2 en apparence primitives (Obs. I et XVI);

— Sur 6 endocardites sub-aiguës :

  — 1 avec des antécédents rhumatismaux (Obs. XIX);

  — 2 avec des antécédents syphilitiques (Obs. XXIV et XXVII) ;

  — 3 primitives (Obs. XXII, XXIII et XXXIII).

C'est donc que l'apparition d'un hippocratisme digital au cours d'une endocardite maligne ne peut donner aucune indacation quant à la nature et au siège de l'atteinte cardiaque antérieure et surtout que cette déformation digitale peut apparaître en dehors de toute cardiopathie antérieure, contrairement à l'opinion d'Hatizeganu pour qui c'est une condition nécessaire.

2° Au point de vue du germe pathogène en cause.

Sur les six observations dont le diagnostic est vérifié par une hémoculture, les germes mis en évidence sont les suivants :

— 1 tétragène (Obs. XVI) ;
— 4 streptocoques non hémolytique (Obs. I, XX, XXI, XXVIII) ;
— 1 entérocoque (Obs. XXIX).

Cette diversité montre que l'origine bactériologique de l'infection n'a aucune influence sur l'apparition de l'hippocratisme digital.

3° Au point de vue du sexe et de l'âge des malades.

L'âge est très variable.

Par contre, l'hippocratisme digital paraît rare chez les femmes atteintes d'endocardites infectieuses : 4 observations sur 32.

4° Moment d'apparition de l'hippocratisme digital.

Les signes composant le tableau clinique des endocardites infectieuses sont nombreux, mais d'ordinaire ils n'apparaissent pas simultanément, de sorte qu'il n'est pas sans intérêt de déterminer le moment de cette apparition.

En vérité, la lecture des observations montre qu'après un début insidieux plus ou moins long caractérisé par un syndrome infectieux, les endocardites malignes peuvent débuter par les manifestations les plus diverses.

Pour l'hippocratisme digital en particulier, la détermination de ce moment est rendue difficile par le fait que cette déformation ne s'accompagne ni de douleur, ni de trouble fonctionnel et que bien souvent le malade ne s'en aperçoit que lorsqu'on la lui montre. Cependant, l'examen des malades, quand ils entrent à l'hôpital ou viennent consulter, permet de faire deux remarques :

— Ce n'est pas un signe tardif : si le malade se présente avec, d'emblée, un nombre suffisant de signes classiques pour que le diagnostic soit évident, l'hippocratisme digital est généralement présent.

— C'est souvent un signe précoce, comme le montrent les cinq observations suivantes :

Obs. I. — Cette observation est caractéristique; il s'agit d'un malade amaigri, sub-fébrile, présentant un hippocratisme digital, de l'anémie et se plaignant depuis quelques temps d'arthralgies et algies variables. Ce n'est qu'au bout de quatre mois d'évolution qu'une hémoculture permit de mettre en évidence un streptocoque.

Obs. III. — Il s'agit d'une malade dont l'affection débute brusquement par une hémiplégie; c'est seulement après un mois d'évolution qu'apparaît l'hippocratisme digital, alors que d'autres signes (nodules d'Osler, fièvre, atteinte cardiaque) ne permettent de faire le diagnostic d'endocardite infectieuse que quatre mois après.

Obs. VIII. — Le malade se présente avec une affection caractérisée essentiellement par un syndrome infectieux, une lésion mitro-aortique et un hippocratisme digital. Au cours de l'évolution apparaissent une grosse rate, des hématuries, une pâleur progressive, une hémiplégie.

Obs. XXIV. — Malade atteint d'une maladie d'Hogson et présentant de la pâleur, un amaigrissement, des algies diverses et un hippocratisme digital. Puis surviennent de la température, des nodosités d'Osler, une grosse rate.

Obs. XXIX. — Cardiopathie valvulaire mitrale, avec tolérance moyenne et suivie pendant trois ans. Durant les deux premières années, une belle déformation hippocratique des doigts fût le seul signe qui permit de soupçonner

l'existence d'une endocardite infectieuse à forme lente, les signes classiques n'étant apparus que quelques mois avant la mort.

Du reste, cette précocité d'apparition a déjà été mise en évidence par Blumer et, en France, par Gallavarin et Gravier à qui nous empruntons l'observation XXIX.

5° Fréquence de l'hippocratisme digital.

L'importance d'un signe d'une maladie est fait sans doute de sa spécificité, mais aussi de sa fréquence, et c'est ce dernier qui, jusqu'ici, a fait reléguer l'hippocratisme digital au rang des signes secondaires des endocardites infectieuses.

Cependant Hatizeganu pense que c'est un signe fréquent, tout au moins dans les endocardites greffées sur d'anciennes cardiopathies; mais nous avons vu que ce n'est pas le cas général.

Harvier déclare l'avoir trouvé deux fois sur cinq cas de maladies d'Osler et, pour lui, ce symptôme, quoique inconstant, donc secondaire, est plus fréquent que le panaris d'Osler à qui on attribue une importance de premier plan à cause de son caractère spécifique ou à peu près.

Sur 21 cas d'endocardites lentes ou sub-aiguës, étudiés par Jouve, six présentent une déformation hippocratique des doigts, soit à peu près 30 p. 100.

Astra Calugareanu, n'envisageant que des cas d'endocardites lentes, a trouvé 71 p. 100 d'hippocratisme digital et affirme que : « les doigts hippocratiques, accompagnés d'autres signes cliniques, ont pour nous une valeur de diagnostic, surtout lorsque celui-ci est douteux ».

Marchal et Jaubert soulignent que la fréquence de l'hippocratisme digital est beaucoup plus grande que celle des nodules d'Osler.

Thayer a relevé 42 p. 100 d'hippocratisme digital au cours des endocardites malignes lentes ou sub-aiguës qu'il a observées.

Nous avons recueilli les opinions suivantes, dans un rapport sur une discussion de la signification clinique et de l'évolution des endocardites infectieuses sub-aiguës, paru dans le *British Medical Journal :*

— H.-J. Starling, se basant sur l'étude d'une série de 38 cas d'endocardites infectieuses sub-aiguës, considère comme un des signes caractéristiques de la maladie, l'hippocratisme digital qu'il a trouvé dans 76 p. 100 des cas :

« Ce signe était présent dans les vingt derniers cas de cette série; on ne le trouve pas dans les endocardites non infectieuses. »

— John Hay : « L'hippocratisme digital est un signe remarquable et presque constant qui constitue, en lui-même, un élément de soupçon pour le diagnostic. »

Enfin, Thomas F. Cotton, après une étude clinique de 55 cas d'endocardites infectieuses sub-aiguës, déclare : « L'hippocratisme digital est un des signes les plus frappants de la maladie... Nous ne l'avons pas remarqué dans 25 cas, mais il s'agissait de malades en observation à Colchester, à une époque où notre attention n'avait pas été attirée sur l'importance de ce signe. Tous les autres cas et 25 autres n'appartenant pas à cette série présentaient cette déformation digitale. Quelle qu'en soit la cause, la fréquence de l'hippocratisme digital en fait un signe important des endocardites infectieuses sub-aiguës. »

Nous faisons remarquer que pour les auteurs Anglo-Saxons le terme d'endocardite infectieuse sub-aiguë est synonyme de syndrome de Libman-Osler.

En conclusion, la fréquence de l'hippocratisme digital, attribué à sa véritable cause, est plus grande qu'on ne le pense communément, mais elle ne dépasse pas sans doute 50 p. 100.

En définitive, l'analyse de ces 32 observations, permet de conclure que l'hippocratisme digital est un *signe fréquent et précoce* des endocardites malignes infectieuses lentes et sub-aiguës.

CHAPITRE II

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'HIPPOCRATISME DIGITAL

a) Valeur de l'hippocratisme digital dans les formes cliniques symptômatiques des endocardites malignes infectieuses.

Le caractère majeur que prennent souvent certains symptômes donne à l'affection un aspect tout à fait atypique qui conduit à des erreurs de diagnostic. Il peut s'agir soit d'un début anormal, soit de la prédominance de symptômes viscéraux qui donnent à la maladie une allure d'affection viscérale sub-aiguë ou même chronique.

1° Formes à début anormal :

Le caractère insidieux du début des endocardites à marche lente ou sub-aiguë, est classiquement souligné. Les observations qui suivent vont nous montrer qu'à ce stade de la maladie l'apparition de certains symptômes peut faire errer le diagnostic qui ne sera rétabli que par l'évolution et la constatation de signes typiques des endocardites.

La précocité d'apparition de l'hippocratisme digital fait soupçonner son importance dans ces formes : alerté par sa présence, le clinicien fera une recherche minutieuse des signes d'endocardite infectieuse, après avoir écarté les causes d'hippocratisme digital qui pourraient expliquer son apparition.

Obs. III. — Cette malade présente un double piège; son affection débute par des manifestations nerveuses, puis quelques signes intestinaux font penser à un état typho-paratyphique. L'apparition d'un hippocratisme digital constitue une précieuse orientation pour le diagnostic.

Les observations XV et XXII relatent deux faits d'endocardites infectieuses dont le début fait penser à une imprégnation bacillaire : mauvais état général, amaigrissement, état fébrile, sueurs nocturnes, toux.

Tous les examens complémentaires étant négatifs, l'hippocratisme digital fait penser à une endocardite infectieuse.

Obs. XX. — Elle est relative à un cas que l'on rencontre fréquemment : au cours du syndrome infectieux du début, l'apparition d'arthralgies importantes fait penser à une crise de R. A. A., diagnostic que peut confirmer provisoirement l'apparition de symptômes communs à cette affection et aux endocardites lentes ou sub-aiguës.

Chez ce malade, traité d'abord au salicylate de soude, c'est l'apparition simultanée de nodules d'Osler et d'un hippocratisme digital, associés à d'autres manifestations cardio-vasculaires, qui permet de faire le diagnostic.

2° Formes à prédominance d'atteintes viscérales.

a) **Formes cardiaques.**

L'atteinte de l'endocarde par le processus septicémique détermine la formation sur les valvules de végétations lentement bourgeonnantes qui modifient peu le caractère des signes cardiaques. « Le cœur assiste impassible au drame dont il est le théâtre. »

Cependant, on peut voir apparaître :

— soit des modifications journalières des signes sthétacoustiques;

— soit des signes d'insuffisance cardiaque, surtout dans les formes sub-aiguës,

faits qui, lorsqu'ils font partie du tableau classique des endocardites infectieuses, aident au diagnostic. Ils l'égarent au contraire quand ils prennent la première place et on a à faire alors aux formes cardiaques du syndrome de Libman-Osler. Nous ne songeons pas à étudier ici les diverses modalités de ces formes, mais à donner l'analyse de quelques observations destinées à montrer l'intérêt qu'y présente la constatation d'un hippocratisme digital.

Obs. II. — Cette observation montre clairement les services que peut rendre la constatation d'une déformation hippocratique des doigts pour le diagnostic d'une maladie d'Osler. Il s'agit d'un malade traité depuis longtemps pour insuffisance cardiaque. A son entrée à l'hôpital on pense tout d'abord à un rhumatisme cardiaque évolutif, que l'on traite par le salicylate de soude. C'est l'hippocratisme digital qui permet de rétablir le diagnostic en donnant toute leur valeur aux autres signes : état sub-fébrile, rate percuttable, anémie.

Obs. XXI. — C'est un malade de 28 ans, atteint d'une endocardite maligne greffée sur une maladie de Corrigan et dont le diagnostic a été fait par une hémoculture au cours d'un précédent séjour à l'hôpital.

Mais, considéré au moment de l'examen, il se présente avec un tableau de septicémie grave et de défaillance aiguë du cœur, poussée terminale d'une endocardite lente évoluant depuis plusieurs mois et s'accompagnant d'un hippocratisme digital.

Obs. XXII. — Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une asystolie fébrile irréductible.

Dès son entrée à l'hôpital il présente, en plus d'un hippocratisme digital, de la fièvre et une grosse rate. Après

l'échec d'une cure digitalique, le syndrome infectieux se précise vite et on peut porter assez tôt un diagnostic d'endocardite sub-aiguë qu'un hippocratisme d'apparition précoce permettrait de prévoir.

Obs. XXVII. — C'est une observation typique relatant le cas d'un malade atteint d'une insuffisance ventriculaire gauche fébrile. Mais, jusqu'à sa mort, le tableau infectieux restera si fruste que le diagnostic d'endocardite infectieuse sub-aiguë ne sera fait qu'à l'autopsie. Alors que l'hippocratisme digital, non attribuable aux phénomènes pulmonaires observés, donnait au syndrome infectieux toute sa valeur.

Obs. XXIX. — Nous rappelons encore l'observation de ce malade, atteint d'une lésion mitrale avec insuffisance cardiaque moyenne, dont le seul signe d'endocardite infectieuse fut pendant deux années un hippocratisme digital.

b) **Formes rénales.**

L'atteinte rénale au cours des endocardites malignes peut se manifester sous plusieurs formes :

Le classique syndrome rénal, d'une grande importance pour le diagnostic, caractérisé par des hématuries, sans insuffisance rénale, dues à des lésions emboliques.

Les formes cardio-rénales, congestion passive du rein au cours de l'affection cardiaque.

Enfin, les véritables formes rénales de la maladie qui se présentent comme des néphrites aiguës ou sub-aiguës avec prédominance du syndrome azotémique; secondaires ou en apparence primitives, elles sont caractérisées au point de vue anatomo-pathologique par des lésions de glomérulo-néphrite diffuses.

« Ce syndrome rénal peut présenter parfois un véritable intérêt diagnostique. Les symptômes rénaux sont, en effet, assez importants pour dominer la scène clinique. L'endo-

carde reste souvent silencieux, l'infection torpide ou très atténuée; les accidents rénaux doivent attirer l'attention d'un observateur averti et faire soupçonner une infection streptococique. » (Gallavardin et Gravier.)

Là encore l'hippocratisme digital peut se révéler comme un symptôme de première importance, soit qu'il oriente le diagnostic, soit qu'il permette de le poser en l'absence de tout autre signe. C'est ce que montrent les observations suivantes :

Obs. IV. — Il s'agit d'un malade atteint d'une aortite et d'une néphrite hématurique. Un léger syndrome infectieux apparaît et la formule sanguine monmtre une réaction du S. R. E., faits qui font penser à une maladie d'Osler que le traitement par la pénicilline améliore.

Si l'on s'en rapporte aux observations précédentes, on peut dire que l'hippocratisme digital confirme ce diagnostic et qu'il permettait de le prévoir, comme dans l'observation XVII.

Obs. XVII. — Ce malade semble d'abord atteint d'une néphro-aortite syphilitique. Mais la constatation d'un hippocratisme digital éveille l'attention : la notion d'une crise antérieure de R. A. A., la découverte de lésions cardiaques, d'une grosse rate, un léger état fébrile font porter le diagnostic d'endocardite lente que confirma l'autopsie.

Obs. XVIII. — C'est une endocardite lente à symptomatologie uniquement rénale, apyrétique, dont le diagnostic clinique est à peu près impossible, si l'on ne tient pas compte de l'hippocratisme digital.

Obs. XXII .— Endocardite infectieuse sub-aiguë, probablement d'origine dentaire (pyorrhée alvéolo-dentaire). Anurie terminale prolongée. Hippocratisme digital.

Obs. XXVI. — Endocardite infectieuse greffée sur une cardiopathie mitro-aortique avec syndrome de néphrite aiguë, au cours de laquelle on a noté un certain degré d'hippocratisme digital.

c) Forme splénique.

Comme les autres viscères, la rate peut être spécialement atteinte et l'observation XXIII met en évidence une des erreurs de diagnostic qui peut en résulter.

Il s'agit d'un homme que l'on pense atteint d'une léischmaniose, à cause d'un état fébrile, d'une splénomégalie et d'une anémie. Mais l'apparition, au cours d'un hippocratisme digital, accompagné d'autres signes, permet de poser le diagnostic d'endocardite maligne infectieuse.

d) Forme nerveuse.

L'observation III en est un exemple.

La première manifestation de la maladie est, chez cette femme, une atteinte du système nerveux central se traduisant par une hémiplégie et une paralysie faciale, puis par un coma. Une déformation hippocratique des doigts n'est pas longue à apparaître : elle oriente précocement un diagnostic que l'évolution ne permettra de poser que quelques mois après.

Cette énumération n'a pas pour but d'épuiser toutes les formes symptomatiques de la maladie de Libman-Osler. Elle met du moins suffisamment en évidence l'attention avec laquelle il faut considérer des signes, en général secondaires, mais qui, dans des cas particuliers, prennent une importance de premier plan.

L'étiologie de l'hippocratisme digital est assez réduite et sa fréquence assez grande, pour que l'on puisse compter sur ce signe pour l'orientation ou l'établissement du diagnostic de ces formes atypiques.

b) **Valeur de l'hippocratisme digital pour le diagnostic différentiel entre le syndrôme de Libman-Osler et les autres endocardites.**

1° Endocardites infectieuses aiguës (type Senhouse-Kirkes).

« Il est classique de reconnaître aux endocardites malignes aiguës des caractères assez opposés à ceux des endocardites prolongées pour éviter toute confusion entre ces deux affections : processus souvent primitif, survenant sur un cœur indemne de toute lésion antérieure, variétés des germes isolés à l'hémoculture, brièveté de l'évolution, syndrome infectieux du type septico-pyohémique, syndrome cardiaque toujours évident, embolies infectantes... Cependant, chacun de ces critères, s'il est discuté avec attention, ne saurait représenter un argument certain en faveur du diagnostic d'endocardite aiguë. » (A.-X. Jouve.) Si bien que dans les formes peu typiques ou de passage entre les endocardites aiguës et prolongées, le diagnostic devient difficile. Les meilleurs moyens de discrimination sont :

— L'évolution, encore que certaines formes sub-aiguës puissent prêter à confusion.

— Le caractère des infarctus : massifs et à tendance suppurative dans les cas aigus, manifestations périphériques mineures (nodule d'Osler, hématuries microscopiques) dans les formes prolongées.

Mais, en dernier ressort, seul l'examen anatomique permet d'adopter un diagnostic.

L'hippocratisme digital peut-il être considéré comme spécifique des endocardites lentes ou sub-aiguës et, par suite, faciliter ce diagnostic différentiel ?

Tous les auteurs ne signalent cette déformation digitale qu'au cours du syndrome de Libman-Osler, sauf Harvier,

qui a publié une observation que nous allons étudier, et qui est pour lui un cas d'endocardite aiguë avec hippocratisme digital.

Obs. XXVI. — Si l'on s'en tient aux critères classiques, ce cas paraît bien à la limite des formes aiguës et subaiguës. La brièveté de l'évolution est en faveur d'une endocardite aiguë, quoique l'apparition d'un érysipèle puisse en être la cause. Par contre, la formule sanguine (leucopénie avec monocytose), l'hématurie microscopique, le syndrome infectieux lui-même sont caractéristiques d'une endocardite sub-aiguë.

Nous retiendrons donc cette notion que la déformation hippocratique des doigts ne se trouve pratiquement qu'au cours du syndrome de Libman-Osler, mais qu'il ne faut pas en faire un élément certain de diagnostic différentiel avec l'endocardite aiguë. L'intérêt de ce diagnostic n'est d'ailleurs guère que spéculatif. Il n'en est pas de même pour le cas que nous allons maintenant envisager.

2° Endocardites rhumatismales.

En présence d'une atteinte de l'endocarde, le problème essentiel consiste, en effet, à savoir si l'on a à faire à une endocardite rhumatismale ou à une endocardite maligne infectieuse, puisque sa solution comporte une sanction thérapeutique.

Ce diagnostic différentiel est, en général, facile à faire. L'état du cœur, la splénomégalie, les manifestations vasculaires périphériques ou viscérales, les signes hématologiques, le syndrome infectieux, avec ses poussées évolutives marquées d'incidents d'ordre différent, sont autant de signes qui permettent un diagnostic d'endocardite infectieuse que vient parfois confirmer une hémoculture positive.

Mais ces signes, considérés isolément ou groupés d'une façon inhabituelle, peuvent ne constituer que des arguments de probabilité. Et si l'on songe que l'hémoculture ne permet pas toujours d'isoler le germe des endocardites infectieuses, qu'il existe des formes d'endocardites rhumatismales salicylo-résistantes, on voit qu'il ne reste plus pour éclairer le diagnostic qu'une évolution parfois longue.

Nous avons d'ailleurs montré, dans la première partie de ce travail, combien il est difficile d'établir une limite précise entre ces deux affections qui peuvent évoluer simultanément (Von Glahn et Pappenheimer).

L'intérêt de la déformation hippocratique des doigts est qu'elle n'a jamais été décrite au cours des endocardites de la maladie de Bouillaud. Ce fait est d'ailleurs souligné par Gallavardin et Gravier.

Seul, Boucher donne une observation (Ob. XXXI), qu'il considère, conformément à la classification de Libman, comme un cas d'endocardite purement rhumatismale, avec hippocratisme des doigts. Ce diagnostic est basé sur la négativité constante de l'hémoculture et la présence de nodules d'Aschoff dans le myocarde, arguments qui n'ont ni l'un ni l'autre une valeur décisive. En fait, il s'agit d'une endocardite infectieuse lente typique greffée sur une atteinte rhumatismale antérieure.

C'est pourquoi nous pensons que dans les cas d'endocardites où le salicylate de soude reste inefficace, où l'hémoculture est négative, la constatation d'un hippocratisme digital doit faire porter le diagnostic d'endocardite maligne infectieuse.

L'importance du rôle de cette déformation digitale est illustrée par les quelques exemples qui suivent :

Obs. I et XXIV. — Ces deux observations donnent deux exemples d'un diagnostic différentiel particulièrement difficile à faire : celui d'une forme ab-articulaire de la maladie de Bouillaud et d'une endocardite infectieuse.

Dans le premier cas, ce diagnostic est facilité par l'échec du traitement salicylé; mais, dans le second, ce traitement paraît amener une nette amélioration, alors que l'évolution montre l'existence d'une endocardite infectieuse.

Obs. XX. — Il s'agit d'un malade présentant une température légère et irrégulière, quelques arthralgies mobiles, fugaces; les souffles aortiques sont variables d'un jour à l'autre et, malgré qu'on puisse les attribuer à une syphilis antérieure, un traitement au bismuth ne donne rien ;le salicylate de soude non plus d'ailleurs.

Sommes-nous en présence d'une crise de R. A. A. avec atteinte cardiaque ou d'une endocardite infectieuse greffée sur une aortite syphilitique ?

L'apparition, au cours de l'évolution d'un hippocratisme digital progressif, accompagné d'autres signes, ne laissera plus de doute quant au diagnostic.

Obs. XIX et XXX. — La première observation relate le cas d'une malade rhumatisante connue qui entre à l'hôpital dans un état subasystolique; elle ne présente, en dehors d'un hippocratisme digital, aucun signe d'endocardite infectieuse; mais, après sa mort, l'autopsie révèlera des végétations typiques d'endocardite lente au niveau de la mitrale.

La seconde observation est similaire.

Poussée évolutive rhumatismale ou endocardite maligne infectieuse débutante ? Dans les deux cas, le diagnostic n'est guère possible sans l'aide de l'hippocratisme digital.

Obs. XXXI. — Ici l'évolution est rapide, fébrile, les signes d'insuffisance cardiaque précoces.

S'agit-il d'un rhumatisme cardiaque malin ou d'une endocardite sub-aiguë ou aiguë ? La médication salicylée échoue. Mais l'hippocratisme digital est, parmi les autres signes, un élément de diagnostic.

En conclusion, dans ces cas difficiles, il est certain que l'hémoculture apportera un élément de diagnostic indiscutable, que le traitement d'épreuve au salicylate de soude devra toujours être institué. Mais si l'on ne veut pas attendre d'être fixé pour le diagnostic par une évolution parfois longue, les exemples qui précèdent nous montrent l'importance de l'hippocratisme digital.

TROISIEME PARTIE

DOCUMENTS CLINIQUES

Observation I.

B... (René), 35 ans, cultivateur. Entré à l'Hôpital le 7 août 1946. Salle 15.

Antécédents :

Personnels : Ethylisme ? Appendicectomie en juillet 1945.

Héréditaires et collatéraux : père et mère en bonne santé, trois enfants; femme : un avortement.

Histoire de la maladie :

Le malade fait débuter sa maladie au mois de décembre 1945 : troubles circulatoires caractérisés par des fourmillements dans les jambes, une sensation de pieds morts et froids.

Dès février 1946, altération de l'état général : fatigue, amaigrissement, vertiges. Le malade cesse son travail.

En mai : apparition d'une macule sur la paume de la main droite, puis d'un empâtement sur le poignet, qui disparaît en dix jours. Arthralgies diverses (chevilles et genoux) avec poussée de température nocturne, puis vives douleurs dans le mollet droit.

A ce moment, nouvelles douleurs dans la jambe droite avec température à 38°5, puis dans un orteil, qui enfle et rougit, enfin, au niveau de la phalangette de l'index droit, puis gauche.

Examen :

Malade amaigri, subfébrile; pouls rapide; hippocratisme digital.

a) Appareil cardio-vasculaire :

— souffle systolique de la pointe. T.A. : 14/6;

— douleurs à la partie postérieure de la cuisse, démangeaisons dans les doigts, sensations de doigts morts.

b) Toux sèche, peu fréquente, sans expectoration ni dyspnée.

c) Langue saburrale et haleine un peu fétide; mauvaise denture.

Par ailleurs, rien à signaler.

d) Examens de laboratoire :

— Urine normale;

— Sang :

Urée : 0,30;

Hémoculture : négative;

Formule : hématies, 3.450.000; leucocytes, 9.500 (lympho, 22; mono, 2; poly, 76).

On pense à une maladie d'Osler, mais, n'en ayant pas la preuve bactériologique, on institue un traitement au salicylate de soude et le malade sort le 28 août, apparemment en bonne santé, après avoir fait une crise de délirium - tremens le 16 août.

Evolution :

De septembre à novembre, le malade présente des poussées fébriles avec sueurs abondantes. Le 6 novembre, au cours d'une de ces poussées :

— Vives douleurs dans l'annulaire droit et à la face interne de la cuisse.

— Trouble de la vision de l'œil droit.

Le malade entre à l'Hôpital le 9 novembre. Il est amaigri, pâle, subfébrile et se plaint toujours d'une douleur à la cuisse (où la palpation révèle une sensation d'empâtement) et à l'auriculaire droit. Les signes cardiaques se sont modifiés :

— A la palpation, frémissement à la pointe qui bat dans le 5e espace.

— Souffle systolique de la pointe avec propagation axillaire, souffle diastolique de la base.

— Tention artérielle : 16/5.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes; pas de rate.
L'examen oculaire révèle une inégalité pupillaire.

Examens de laboratoire :

— Sang :

Hémoculture le 12 novembre : Streptocoque non hémolytique;
Menicke négatif.

— Urines :

Albumine 0,03; quelques rares hématies.

Le malade est traité par de la pénicilline intra-musculaire, puis intra-veineuse. Le 16 décembre, l'hémoculture est négative. Il repart amélioré.

Obvervation II

(Service de M. le Docteur Dubourg).

V... (René), 38 ans, entre dans le service le 27 juin 1946 pour asthénie et sensations d'étouffement.

Le malade fait remonter sa maladie au mois de décembre 1945; à ce moment, il présenta des algies diverses et des signes d'insuffisance cardiaque traités jusqu'au mois de juillet 1946 par divers tonicardiaques; ces traitements n'amenèrent que des améliorations passagères. Le 10 avril 1946, il fût envoyé au dispensaire antituberculeux pour s'y faire radiographier; on ne constata rien d'anormal au niveau des poumons.

Examen : à son entrée, le malade se plaint d'une asthénie intense; sa température est de 37°4, son pouls est à 108.

L'examen cardiaque révèle une lésion aortique (double souffle à la base) et des signes d'insuffisance cardiaque, notamment de la dyspnée.

On pense à un rhumatisme cardiaque évolutif et le malade est soumis à une cure de ouabaïne et de salycilate de soude.

Evolution : Cependant, dès les premiers jours, on fût frappé par l'existence d'un hippocratisme digital dont précisément on discutait, dans le service, l'intérêt au cours des maladies d'Osler.

Et, de fait, ce malade présentait une courbe thermique à oscillations irrégulières (37° à 38°4); sa rate se révèle nettement percutable sur deux à trois travers de doigts.

L'examen du sang montre une anémie à 3.500.000 globules rouges et une formule leucocytaire sensiblement normale avec 7.900 globules blancs. Dans les urines on ne constate que 0 gr. 04 d'albumine et quelques rares leucocytes. Une hémoculture faite le 17 juillet est négative.

On pense cependant que ce malade est atteint d'une endocardite maligne infectieuse lente.

Il meurt le 24 juillet 1946 en pleine insuffisance cardiaque.

L'autopsie confirme le diagnostic en mettant en évidence des végétations typiques sur les valvules aortiques.

Observation III.

(Service de M. le Professeur Dupérié).

Z... (Sagtania), 37 ans, entre à l'Hôpital le 12 mai 1947 pour une deuxième poussée fébrile au cours d'un endocardite maligne déjà traité en décembre dernier par des hautes doses de pénicilline.

Histoire de la maladie.

Début en août 1946 par un épisode brutal : hémiplégie droite et paralysie faciale gauche; l'hémiplégie régresse rapidement tandis que la paralysie faciale persiste 1 mois 1/2. A ce moment, ni frisson, ni température.

Dix jours après, la malade tombe dans le coma à son réveil; hospitalisée salle 5, elle sort de son coma au bout de 24 heures et ne présente pas de séquelle. Elle sort 8 jours après pour se

rendre à Langon. La sœur de la malade lui fait alors remarquer que l'extrémité de ses doigts est cyanosée et déformée en baguette de tambour.

La maladie évolue de la façon suivante :

— La fatigue générale s'accentue avec amaigrissement, anorexie, pâleur du visage; pas de fièvre.

— Apparition de douleurs rhumatoïdes, qui se localisent au genou et à la cheville gauche, avec paroxisme nocturne, gonflement des articles, hyperémie de la peau.

— Peu de temps après, frissons répétés; la température n'est pas prise.

Cet état se prolonge jusqu'au mois de décembre, avec des hauts et des bas, grande asthénie, apparition le 15 novembre de nodosités d'Osler aux extrémités des doigts de chaque main, surtout au niveau de l'index, du médius et de l'annulaire. Au point de vue cardiaque, quelques palpitations seulement.

Le médecin de la malade, en raison de quelques signes intestinaux, avait pensé à un état typo-paratyphique. Mais, le 8 décembre, frissons intenses, poussée thermique à 39°, découverte d'un gros souffle systolique de la pointe avec propagation dans l'aisselle. Pas d'hémorragie ni purpura, ni embolie, ni infarctus; rate percutable. Ces signes font faire le diagnostic d'une maladie d'Osler. On commence un traitement par la pénicilline (23.000.000 d'unités), qui amène une chute de la température et, aux dires de la malade, une régression de l'hippocratisme digital; l'état général s'améliore, mais le souffle cardiaque persiste. Une hémoculture avait permis d'isoler du staphylocoque blanc le 15 janvier (souillure probable).

Le 5 mai 1947 : nouvelle poussée de température à 40°3, avec frissons, qui l'amène à l'Hôpital le 12 mai.

Antécédents :

Chorée à 10 ans; pendant quelques années, douleurs articulaires fugaces, sans température.

Il y a 4 ans : palpitations et douleurs précordiales; un médecin consulté constate, à la radiographie, une dilatation du cœur gauche.

Zona en août 1946.

Etat actuel :

A l'entrée à l'Hôpital, malade pâle, asthénique, anoréxique avec une température à 39°, un pouls à 96.

Quelques douleurs articulaires à la jambe gauche.

La palpation du cœur révèle un frémissement cataire à la pointe et l'auscultation un souffle systolique de la pointe avec propagation vers l'aisselle, suivi d'un roulement diastolique et d'un dédoublement du second bruit à la pointe également. A la base, souffles systoliques pulmonaire et aortique. Pas de signe fonctionnel cardiaque.

La rate n'est ni percutable, ni palpable. Les autres appareils sont normaux.

Net hippocratisme digital : courbure unguéale à peu près normale, mais augmentation du diamètre de la phalangette dans les deux sens; pas de cyanose.

Examens de laboratoire :

Sang : Hb. 80 p. 100.
Hématies 4.000.000.
Leucocytes : 5.200 (polynucléose).
Urée 0,22; Ménicke négatif.

Urine : normale.

600.000 unités de pénicilline intra-musculaire par jour amènent une chûte de la température, qui se maintient sub-normale.

Hémoculture le 2 juin : négative.

Observation IV.

(Service de M. le Professeur Creyx.)

M... Alexandre, 61 ans, est envoyé salle 15 par son médecin pour une cardiopahie à étudier et à traiter. Il entre à l'hôpital le 11 février 1947.

Histoire de la maladie :

A la suite d'un effort violent, le malade est pris le 15 janvier, d'une crise de dyspnée intense avec douleur rétro-sternale sans irradiation ni angoisse, sueurs et grande fatigue. La crise dure une demi-heure. Son médecin prescrit un régime lacté et une cure de digitale.

Depuis, le malade est moins fatigué et n'a plus de crise. Mais ses urines sont devenues franchement hématuriques, sans douleur rénale ni cystite.

Antécédents :

Blennorragie à 18 ans ;

Bronchite avec toux et expectoration depuis 4 ans avec des crises à type d'asthme, peu intenses.

Examen :

C'est un malade dont l'état général paraît bon malgré un fort amaigrissement depuis 3 ans. Son teint est coloré, sa langue et ses muqueuses normales. Il est apyrétique.

a) Appareil cardio-vasculaire :

— pouls dicrote qui bat à 84 ; tension artérielle 18/7, indice 3 ;

— les artères sont en tuyau de pipe ;

— cœur : la pointe bat dans le 5e espace sur la ligne mamelonnaire. On découvre une zone de matité rétro-sternale au niveau du 1er et 2e espaces à la percussion, cette zone dépasse le sternum vers la droite.

A l'auscultation, souffle présystolique aortique se propageant vers la pointe; ébauche de bruit de galop.

b) Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de deux doigts. La rate n'est ni percutable, ni palpable.

c) Les urines sont hématuriques, mais l'appareil génito-urinaire est normal.

d) Appareil respiratoire :

— Murmure vésiculaire normal; pas de râle.

— Toux légère avec expectoration muqueuse.

Ce malade présente enfin un hippocratisme digital très net dont il ne peut préciser la date d'apparition.

On fait alors quelques examens de laboratoire :

— Réaction de Menicke négative.

— Analyses d'urine qui décèlent une albuminurie variant de 0 gr. 16 à 0 gr. 25, de nombreuses hématies, des cellules épithéliales, des cylindres granuleux et quelques leucocytes.

— Urée à 0 gr. 35.

On pense à une néphrite chez un aortique.

Evolution :

Mais l'évolution fait abandonner ce diagnostic. En effet, la formule sanguine du malade est la suivante :

— Hémoglobine : 70 p. 100.

— Hématies : 3.600.000.

— Leucocytes : 20.600 avec :

— Lymphocytes : 14.

— Cellules réticulo-endothéliales : 27.

— Poly neutro : 59.

Par la suite, les autres examens montrent toujours une réaction du S.R.E. De plus, le malade devient fébrile. Le diagnostic de maladie d'Osler est envisagé. Les 15 et 18 février, au cours de poussées fébriles à 38°2, on fait deux hémocultures qui sont négatives.

Un traitement par des injections intra-musculaires de pénicilline est institué : le malade en reçoit 5.000.000 d'unités. Il quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

Diagnostic :

Maladie d'Osler au début probable.

Observation V.

(Thèse Molines, Lyon 1921.)

Endocardite mitro-aortique d'origine rhumatismale, remontant à 3 ans. Poussée d'endocardite infectieuse surajoutée, à forme prolongée. Déformation hippocratique des doigts (date

d'apparition non précisée). Pas de cyanose. Pas de lésion bacillaire ancienne à l'autopsie.

Diagnostic vérifié à l'autopsie.

Observation VI
(Thèse Molines.)

Endocardite mitro-aortique ancienne, d'origine rhumatismale assez bien tolérée. Poussée d'endocardite infectieuse à forme prolongée. Déformation hippocratique des doigts paraissant remonter à cette dernière poussée. Pas de cyanose; rien aux sommets.

Pas d'autopsie ni d'hémoculture.

Observation VII.
(Thèse Molines.)

Hippocratisme léger chez un malade atteint d'endocardite infectieuse d'origine amygdalienne.

Pas de précision pour le diagnostic.

Observation VIII.
(Thèse Molines.)

Ar... (Marie), jeune femme de 35 ans, présentant une lésion typique mitroaortique (rétrécissement mitral et insuffisance aortique) datant d'une crise de R.A.A. il y a 7 ans et, entrant à l'Hôpital pour dyspnée et lassitude. Hippocratisme digital net et récent.

Au cours de l'évolution, qui dure 3 mois, apparaissent, dans l'ordre, en plus d'un état sub-fébrile : une splénomégalie, une aggravation de l'état général avec dyspnée et vomissements, des urines hématuriques et albumineuses, de la pâleur, un léger œdème des jambes, enfin une hémiplégie droite. L'évolution se termine par la mort.

Diagnostic : endocardite maligne lente vérifiée à l'autopsie.

Observation IX.

(J. Hatzieganu, *Sté Médicale des Hôp. de Paris,* 1923, p. 399.)

S... (F.), homme, 28 ans, R.A.A. à 20 ans. Depuis deux ans, dyspnée d'effort; depuis 7 mois, dyspnée permanente; il tousse beaucoup.

Examen clinique : double souffle au foyer aortique, foie asystolique, rate tuméfiée dépasse de deux doigts les fausses côtes. Température 37°, 37°8. Observé pendant 3 semaines jusqu'au moment où il quitte l'Hôpital.

Doigts hippocratiques manifestes.

Diagnostic : insuffisance aortique, endocardite récidivante.

Observation X.
(J. Hatzieganu, *Ibid.*)

J. L..., homme, 43 ans, antécédents sans importance.

Malade depuis 5 mois : dyspnée, toux, fièvre.

Examen physique : double souffle aortique, souffle présystolique mitral, foie tuméfié, rate à peine palpable, doigts hippocratiques manifestes. Observé pendant 2 semaines.

Autopsie : endocardite ulcéreuse, greffée sur une lésion ancienne.

Diagnostic : insuffisance aortique, sténose mitrale, endocardite lente.

Observation XI.
(J. Hatzieganu, *Ibid.*)

P. S..., homme, 23 ans, R.A.A.

Malade depuis 5 mois : dyspnée, fièvre.

Examen physique : souffle systolique mitral, rate et foie dépassant de trois doigts le rebord des fausses côtes. Température 37°2-38°. Doigts hippocratiques bien nets. L'observation dure 3 semaines; le malade quitte l'Hôpital.

Diagnostic : insuffisance mitrale, endocardite lente.

Observation XII.
(J. Hatzieganu, *Ibid.*)

K. S..., homme, 28 ans.

A 13 ans, R.A.A. Malade depuis 3 mois, début brusque par une hémoptysie.

Examen physique : asystolie, souffle systolique dans la région apéxienne; les dimensions de la matité cardiaque sont augmentées dans le sens vertical; le choc apexien est dans le 6e espace intercostal. Foie tuméfié, sensible; rate palpable;

température 37°, 37°9. Globules rouges : 4.000.000. Formule leucocytaire normale; azote résiduel 60 mmgr. Résistance globulaire 0,42-0,26. Hémoculture négative. Doigts hippocratiques manifestes. Durée de l'observation : 3 semaines; le malade succombe.

Diagnostic clinique : insuffisance mitrale, endocardite lente, asystolie.

Diagnostic anatomoclinique : endocardite lente, mitrale et auriculaire; hépato et splénomégalie.

Observation XIII.
(J. Hatzieganu, *Ibid.*)

L. J..., homme, 41 ans, antécédents sans importance.

Une année auparavant, aphasie à installation brusque, qui disparaît en quelques jours. Depuis deux mois : dyspnée et palpitations .

Examen : dyspnée, cyanose, léger œdème des jambes, long souffle systolique dans la région apexienne, matité cardiaque augmentée dans les deux sens. Le foie dépasse les fausses côtes de 5 doigts, la rate de 2 doigts. Température : 37°, 38°.

Globules rouges : 4.000.000; globules blancs : 9.000 (polynucléose).

Azote résiduel : 70 mmgr. Résistance globulaire : 0,40-0,26.

Doigts hippocratiques nets.

L'observation dure 4 semaines, le malade contracte une pneumonie du lobe supérieur droit et succombe en trois jours.

Autopsie : endocardite lente à forme végétante, nitrale et auriculaire; hépato-splénomégalie.

Diagnostic : insuffisance mitrale, endocardite lente, pneumonie.

Observation XIV.
(J. Hatzieganu, *Ibid.*)

C. N..., homme, 40 ans. A 30 ans, R.A.A.

Depuis 4 ans dyspnée, palpitations, douleurs pré-cordiales; depuis 3 mois fièvre.

Examen : pâleur à nuance jaunâtre; subictère léger des sclérotiques; œdème blanc des jambes. Souffle systolique, apexien et diastolique au foyer aortique; pouls bondissant. Foie et rate dépassant de deux doigts les fausses côtes. Doigts hippocratiques manifestes.

Globules rouges : 3.000.000; globules blancs : 5.000 (polynucléose).

Hémolyse : 0,50-0,30. Bilirubine indirecte: 5 unités. B.W.: négatif; signe du lacet négatif. Azote résiduel : 50 mmgr. Urine : albumine et hématies nombreuses. Température 36°, 38°.

Durant l'observation de 6 semaines, anémie et ictère se sont accentuées, l'asystolie de même et le malade succombe avec des signes d'insuffisance cardiaque.

Autopsie : endocardite mitro-aortique lente à forme plutôt ulcérative hépato-splénomégalie.

Diagnostic : insuffisance aortique, insuffisance et rétrécissement mitraux, endocardite lente.

Observation XV.

(J. Hatzieganu, *Ibid.*)

C. J..., homme, 18 ans, antécédents sans importance.

Malade depuis 7 mois : dyspnée d'effort, toux, palpitations et vertiges.

Examen : pâleur avec bouffisure de la face et œdème blanc des extrémités; souffle et frémissement systolique aortique, pouls petit et dur, matité cardiaque augmentée dans le sens vertical. Le foie dépasse de trois, la rate de cinq doigts les fausses côtes.

Urine tout à fait hémorragique; B.-W. positif; température 37°3, 38°.

Le malade, qui présente un hippocratisme digital est encore en observation; l'anémie et l'asystolie progressent.

Diagnostic : rétrécissement aortique, endocardite lente.

Observation XVI.

(P. Harvier, *Paris Médical* 13 déc. 1940, page 523.)

Guil... (René), 45 ans, sans antécédent, entre à l'Hôpital

pour lombalgies et arthralgies avec tuméfaction de la styloïde radial, datant de 3 semaines.

Depuis 5 mois le malade est atteint d'un sydrome infectieux caractérisé d'abord par un épisode gastro-intestinal, puis un amaigrissement important, de l'anorexie, de la fièvre et des sueurs profuses et pour lequel on a pensé un moment à une tuberculose évolutive que ne confirmèrent pas les examens complémentaires.

Examen : hippocratisme digital très accentué des doigts et des orteils; température 38°5; anémie intense; pas de lésion articulaire. Souffle diastolique intense à maximum xyphoïde. Gros foie, pas de rate. Leucopénie avec monocytose.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse et lente.

Hémoculture 3 fois positive (tétragène).

Observation XVII.

(P. Harvier, *Ibid.*, page 525.)

Homme de 41 ans, entrant à l'Hôpital pour lésion cardiaque compliquée d'albuminurie.

On fait d'abord le diagnostic d'une néphro-aortite probablement syphilitique (insuffisance aortique, albuminurie, azotémie), l'hippocratisme digital que présente le malade étant rapporté à une bronchectasie possible.

Cependant, l'interrogatoire révèle une légère crise de R.A.A. il y a 8 ans et, à l'examen, on constate : l'absence de bronchectasie; en plus du souffle diastolique d'insuffisance aortique, un petit souffle apexien systolique; une température se maintenant autour de 38°; une grosse rate percutable; des urines troubles avec 1 gr. 5 à 5 gr. d'albumine.

Le malade succombe à la suite d'une hémorragie méningée.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse lente confirmée par l'autopsie.

Observation XVIII.

(Le Noir, Baize, Boquien, *Sté Médicale des Hôp. de Paris*, 15 juin 1928, page 1041.)

D..., 33 ans, entre à l'hôpital pour douleurs lombaires et hématuries.

Antécédents : chancre mixte il y a vingt ans.

Cette hématurie, accompagnée d'amaigrissement et d'asthénie, dure depuis 8 mois avec des alternatives d'augmentation et de régression; elle a donné lieu à de nombreux examens dans un service d'urologie, tous négatifs.

Examen : œdème du visage, des membres inférieurs et du scrotum à caractère rénal; gros foie douloureux; pas de rate; double souffle aortique, tachycardie avec extrasystoles. Reins non douloureux et inaccessibles à la palpation. 1 à 2 litres d'urine par jour avec : 2 à 3 gr. d'albumine, de nombreuses hématies, des cylindres hyalins et granuleux. Urée 0,30. Etat général altéré; pas de température; hippocratisme digital net.

Evolution : la néphrite s'aggrave progressivement par augmentation des œdèmes et apparition d'une insuffisance rénale qui, en deux mois, amène la mort du malade dans l'hypothermie et l'anasarque.

Autopsie: lésions d'endocardite ulcéro-végétante typiques siégeant sur l'orifice mitral et surtout aortique; ces végétations présentent, dans leurs parois, quelques amas de cocci à Gram positif.

Lésions histologiques de néphrite sub-aiguë diffuse.

Diagnostic : endocardite maligne simulant une néphrite hématurique et évolution apyrétique.

Observation XIX.

(Martin et Bocca, *Lyon Médical*, 1922, page 342.)

V..., jeune fille de 21 ans, entre à l'Hôpital pour dyspnée et troubles gastro-intestinaux datant de deux mois. Poussée rhumatismale monoarticulaire à 18 ans, sans lésion cardiaque.

Examen : Etat sub-asystolique; gros foie; pas de rate. Signes d'insuffisance et rétrécissement mitral. Tachycardie.

Urines rares et albuminurie.

Teint pâle, température 38°, hippocratisme digital.

Mort après 4 mois d'évolution caractérisée par des phases d'amélioration et d'aggravation et par une période terminale d'arthralgies dans les genoux, les épaules, les poignets, non influencées par le salicylate de soude.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse lente vérifiée à l'autopsie.

OBSERVATION XX.

(A.-X. JOUVE, *Marseille Médical*, 1937, page 404.)

A. Bré..., homme 50 ans, souffre depuis deux mois d'arthralgies fugaces, mobiles, accompagnées de fièvre et d'un amaigrissement important.

Antécédents : syphilis à 30 ans qui a laissé une aortite chronique.

Examen : malade sub-fébile, pâle, amaigri, présentant des arthralgies fugaces. Double souffle aortique dont les caractères changent journellement. Inactivité du salycilate de soude et du bismuth.

Evolution : un mois après infarctus splénique qui laisse une splénomégalie définitive et apparition de nodules d'Osler et d'un hippacratisme digital.

Puis, successivement : crises convulsives jacksonniennes de l'hémiface droite avec parésie faciale; apparition d'un souffle mitral, nouvelle éruption de nodules d'Osler et accentuation de l'hippocratisme digital; hématurie, azotémie à 0,60. Altération progressive de l'état général et mort, après 10 mois d'évolution, d'une congestion pulmonaire.

Examens de laboratoire : anémie, leucocytose et polynucléose neutrophile.

Deux hémocultures positives (strépto-entérocoque).

Autopsie : processus d'endocardite végétante sur les valvules sigmoïdes et mitrale.

Diagnostic : maladie d'Osler greffée sur une sigmoïdite syphilitique.

OBSERVATION XXI.

(A.-X. JOUVE, *Ibid.*, page 354.)

D... (Stéphano), 28 ans, entre à l'Hôpital pour asthénie, fièvre et troubles cardiaques.

Antécédents : crise de R.A.A. à 17 ans ayant laissé une maladie de Corrigan. Depuis 5 mois, syndrome infectieux avec

température à grandes oscillations, sueurs, arthralgies, au cours duquel une hémoculture à mise en évidence une strépto-antérocoque.

Examen : malade asthénique, pâle, dyspnéïque, avec un hippocratisme digital. Signes cardiaques et périphériques d'une insuffisance aortique ; insuffisance mitrale ; bruit de galop ; tachycardie. Gros foie et grosse rate.

Evolution : aggravation de l'état général; dyspnée croissante, galop, tachycardie. Mort après dix jours d'évolution.

Examens de laboratoire : albuminurie et hématurie microscopique; azotémie progressive. Anémie et leucytose à polynucléose neutrophile.

Hémoculture positive (strepto-entérocoque).

Autopsie : végétations verruqueuses, ulcéro-nécrotiques au niveau des valvules mitrale et sigmoïdes aortiques.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse sub-aiguë greffée sur une endocardite rhumatismale.

Observation XXII

(A.-X. Jouve, *Ibid.*, page 360.)

Joul... Paul, 20 ans, entré à l'hôpital pour affection cardiaque. Pas d'antécédent. Réformé à 18 ans pour affection cardiaque se traduisant par de la dyspnée et des palpitations; depuis deux mois, toux et expectoration, amaigrissement, anorexie, fièvre, qui font penser à une tuberculose que rien ne confirme.

Examen : température 38° ; hippocratisme digital ; douleur et thrill systolique à la face interne de cuisse droite.

Double souffle aortique ; grosse rate. Dyspnée, palpitations, douleurs précordiales.

Evolution : d'une durée de trois mois, elle est caractérisée par des crises avec palpitations intenses, voile oculaire, vertiges, bourdonnements d'oreille, d'une durée de 5 minutes, l'apparition de placards érythémateux, d'un bruit de galop avec souffle systolique de la pointe, de fièvre et se termine par la mort du malade après fléchissement de l'état général, poussée fébrile à 39° 6, rythme de galop.

Formule sanguine à peu près normale, B.W. positif, hémocultures négatives, pas d'hématurie.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse sub-aiguë.

Observation XXIII.

(A.-X. Jouve, *Ibid.*, page 400.)

Zur... Edmond, 33 ans, présente des signes d'une infection générale pour laquelle on pense à une leischmaniose en présence d'une splénomégalie énorme, d'une pâleur avec anémie, de la persistance d'une fièvre avec oscillations irrégulières ; mais réactions sérologiques négatives. Hippocratisme digital.

Evolution : en 2 mois on note l'apparition d'un souffle diastolique de la base, d'un épanchement pleural hémorragique, de picotements dans la paume des mains et aux extrémités digitales, d'arthralgies fugaces, d'éruptions à type polymorphe. Leucocytose avec polynucléose. Puis, chûte de la température et mort dans un tableau d'asystolie irréductible.

Diagnostic : endocardite maligne sub-aiguë.

Observation XXIV.

(A.-X. Jouve, *Ibid.*, page 407.)

Vas... 36 ans, entre à l'hôpital pour mauvais état général et douleurs au niveau du membre inférieur droit. Depuis 6 mois, toux avec expectoration, dyspnée d'effort, asthénie progressive, douleur thoracique.

Examen : malade pâle, amaigri ; hippocratisme digital ; souffle systolique de la pointe, double souffle aortique à la base ; gros foie, rate à peine palpable.

Evolution : fièvre, phénomène douloureux et inflammatoire au niveau des doigts et des orteils ; rate palpable. Traitement d'épreuve au salicylate de soude sans effet. Une toux avec expectoration muqueuse apparaît, le foie devient douloureux, les signes de stase périphérique s'accentuent malgré la digitale ; l'état général décline et la mort survient au bout de 2 mois d'évolution.

Examens de laboratoire : anémie et légère leucocytose ; hémoculture négative ; B.W. positif.

Diagnostic : endocardite maligne sub-aiguë.

Observation XXV.

(Berard et Deschamps, *Loire Médicale*, février 1931, tome 45, page 78).

Endocardite ancienne, d'origine scarlatineuse probable.

Double lésion aortique, insuffisance mitrale légère. Endocardite infectieuse secondaire, maligne, à évolution lente ou sub-aiguë, avec fièvre modérée, splénomégalie, anémie, doigts hippocratiques récents, anévrisme de la poplité dit « anévrisme embolique ». Signes discrets d'insuffisance cardiaque. Vérification du diagnostic à l'autopsie.

Observation XXVI

(Pierre Harvier, *Paris Médical* du 13-12-1930, page 523)

Sleb..., 31 ans, entre à l'hôpital parce que, depuis 15 jours, il présente une dyspnée d'effort, des palpitations, des douleurs précordiales, de l'asthénie et un œdème blanc mou, des membres inférieurs. C'est un homme robuste, sans antécédents.

Examen : température à 38° ; insuffisance mitrale, signes cardiaques et périphériques d'insuffisance aortique ; gros foie et grosse rate. Epanchement pleural droit. Dyspnée ; œdème des membres inférieurs. Hippocratisme digital net.

Examens de laboratoire : hématurie microscopique ; peu d'anémie, leucopénie avec monocytose ; azotémie à 0,75 ; B.W. négatif. Cinq hémocultures négatives.

Evolution : la maladie évolue pendant 15 jours avec une température irrégulière qui ne dépasse pas 38°, une aggravation de l'état général. Echec de la médication salicylée. Apparition d'un érysipèle qui envahit la face et les fosses nasales: température à 40° ; mort 3 jours après.

Autopsie : néo-formation ulcéro-végétantes du bord libre de la mitrale et des 3 valvules aortiques.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse primitive aiguë.

Observation XXVII.

(A.-X. Jouve, *Marseille Médical*, 1937.)

Constantin Mou..., 48 ans, antécédents syphilitiques, palus-

tres, éthylique. Depuis 5 mois: asthénie, anoréxie progressive. frilosité, dyspnée d'effort.

Examen : malade amaigri, au teint terreux, muqueuses décolorées, présentant une température irrégulière de 38 à 39° ; forte dyspnée ; hippocratisme digital ; double souffle aortique et bruit de galop. Quelques signes pulmonaires et expectoration sans B.K. Gros foie douloureux; grosse rate ; B.W. négatif ; azotémie à 0,45.

Evolution : après échec d'une cure digitalique, le malade entre en asystolie et meurt après une accentuation de sa dyspnée et une violente douleur dans l'hypocondre gauche.

Autopsie : valvules sigmoïdes aortiques infiltrées de sels calcaires présentant sur leurs bords libres des végétations exubérantes.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse sub-aiguë.

Observation XXVIII.

(Gallavardin et Gravier, *Lyon Médical,* 1928, page 620)

D... J., 34 ans, entre à l'hôpital pour faiblesse, vertiges, dyspnée avec toux depuis 4 ans. Il y a 6 ans quelques douleurs articulaires avec, depuis, poussées douloureuses de 2 à 3 jours.

Examen : cardiographie mitro-aortique avec grosse rate et hippocratisme digital. Néphrite aiguë typique (hématuries, albuminurie, œdèmes modérés).

Evolution : la maladie dure 11 mois, au cours desquels on note d'abord une amélioration de la néphrite, puis une nouvelle aggravation avec température à 38°, 38° 9, puis 40°.

Hémoculture positive (streptocoque); altération progressive de l'état général et mort.

Autopsie : endocardite végétante greffée sur une endocardite aortique ancienne ; végétations sur la valvule mitrale.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse lente greffée sur une endocardite rhumatismale avec syndrome de néphite aiguë.

Observation XXIX.

(Gallavardin, *Lyon Médical,* 17 janvier 1928, page 622)

P... 33 ans, malade atteint d'une cardiopathie valvulaire : lésion mitrale double, dyspnée d'effort. Déformation des doigts en baguettes de tambour avec incurvation de l'ongle et élargissement en spatule de la phalangette (date d'apparition non précisée) ; pas de pâleur, pas de rate, température non caractéristique.

Evolution ; cette cardiopathie évolue pendant 3 ans avec quelques incidents (infarctus pulmonaire, incidents abdominaux, appendicite opérée) sans cyanose ni température. Puis apparition d'un fièvre élevée, d'une grosse rate, d'une anémie et isolement d'un entérocoque à l'hémoculture. Autopsie : à l'orifice mitral lésions d'endocardites anciennes sur lesquelles s'est greffée une endocardite végétante.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse lente greffée sur une cardiopathie rhumatismale.

Observation XXX.

(Gallavardin, Gravier, Puig, *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon,* séance du 24 jajnvier 1928, page 648)

Sujet italien de 30 ans, ancien rhumatisant, entré dans le service pour poussée rhumatismale au niveau des articulations tibio-tarsienne et porteur d'une cardiapathie mitro-aortique. Le cas paraissait donc assez banal ; on fut cependant frappé par l'existence d'un certain degré d'hippocratisme digital. Malgré une minutieuse recherche, il fut impossible de mettre en évidence les signes classiques de l'endocardite infectieuse ; en particulier : pas de rate perceptible à la palpation et la température, pendant les 6 jours que le malade resta dans le service, n'atteignit qu'une fois 38° 2 et deux fois 38°, chiffres qu'expliquait facilement la poussée fluxionnaire. Une crise d'O.A.P. vint inopinément emporter le malade et l'autopsie montra sur les lésions anciennes des valvules aortiques des végétations récentes, importantes, au niveau de

la commissure des deux valves antérieures avec une ulcération sous l'antérieure gauche. Rate assez grosse avec deux petits infarctus.

Observation XXXI.

(Thèse Boucher, Paris, 1923, N° 348)

Suzanne R..., 27 ans, entre à l'hôpital pour douleurs articulaires et dyspnée d'effort.

Antécédents : scarlatine paraissant avoir laissé une lésion organique cardiaque ; plusieurs poussées R.A.A.

Début de la maladie, il y a un an par des douleurs articulaires, puis poussée fébrile à 39°, 40° avec arthralgies, faux panarie d'Osler, à la suite de laquelle la malade reste subfébrile et alitée pendant 4 mois.

Examen : malade pâle, amaigrie, asthénique. Hippocratisme digital. Insuffisance mitrale. Foie normal, grosse rate. Urine normale. Quelques arthralgies. On institue un traitement au salicylate de soude. Examens de laboratoire : hémocultures négatives ; légère anémie ; leucocytose avec polynucléose. Urine normale.

Evolution : elle dure un mois et demi et est caractérisée par des poussées évolutives qui s'accompagnent d'incidents différents : douleurs articulaires, poussée fébrile avec arthralgies et apparition de nodules d'Osler et d'albumine dans les urines; nouvelle poussée fébrile avec gros foie douloureux et légère modification du souffle mitral ; hémiplégie droite avec aphasie. Fléchissement de l'état général et mort de la malade, qui a pris un teint café au lait. Le salicylate de soude avec été remplacé par l'électragol. Hémocultures toujours négatives.

Autopsie : végétations mitrales ; nodules d'Aschoff.

Diagnostic : endocardite maligne infectieuse lente.

Observation XXXII.

(Bonnamoure et Delore, *Lyon Médical,* 1924, page 422)

Sujet de 20 ans, sans antécédent, mauvaise denture.

Début de la maladie, il y a un an par des arthralgies, de l'amaigrissement des douleurs et de l'œdème du membre inférieur gauche.

Examen : pâleur, température à 38°. Insuffisance et rétrécissement aortique ; grosse rate ; urine rare, albumineuse, hématurique avec cylindres granuleux. Hippocratisme digital. Pyorrhée alvéolo-dentaire. Hémoculture négative.

Evolution : température oscille entre 38 et 39° ; le syndrome urinaire s'aggrave et domine la scène clinique ; aggravation de l'état général. Mort en hypothermie au milieu de l'anasarque et la dyspnée.

Autopsie : une végétation en choux-fleur sur la valvule sigmoïde aortique ; les reins ont un aspect de néphrite aiguë.

Diagnostic : endocardite infectieuse sub-aiguë avec anurie terminale.

CONCLUSIONS

I. — L'hippocratisme digital est un symptôme des endocardites malignes lentes et sub-aiguës; il est sans relation avec leurs circonstances d'apparition et leur origine bactériologique; il est plus rare chez les femmes.

Il présente autant d'intérêt que les nodules d'Osler, car sa fréquence est plus grande et, s'il n'est pas pathognomonique, les autres causes en sont facilement éliminables.

Son caractère majeur est sa précocité d'apparition dans le tableau clinique, permettant ainsi d'orienter plus facilement le diagnostic.

II. — Il prend une importance capitale dans les formes atypiques des endocardites (formes à début anormal, à prédominance d'atteinte viscérale), dont le diagnostic n'est souvent fait, en son absence, qu'après une longue évolution ou par l'autopsie.

III. — On n'a pas, jusqu'ici, rapporté d'observation d'endocardite rhumatismale avec hippocratisme digital et une seule observation, d'ailleurs discutable, semblerait montrer qu'il puisse apparaître au cours des endocardites malignes infectieuses aiguës. Il s'ensuit qu'on peut en faire un élément important de diagnostic différentiel entre ces affections et les endocardites lentes et sub-aiguës.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Le Doyen,
R. DUPERIE.

Le Président du Jury,
CREYX.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 5 Juillet 1947

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABADIE (J.). — O.A.H. chez un paludéen. *Gaz. Heb. des Soc. Méd.* de Bordeaux, p. 267, 1901.

BLAKENAY. — Pulmonary hypertrophic osteo-arthropathy. *Brit. Med. Journal,* 1899, t. 2, p. 1.479.

BÉCLÈRE (A.). — Sur la pathogénie de l'H.D. Société Méd. des Hôp. de Paris, séance du 14 mars 1932, p. 381.

BEMBERON (B.). — Essai sur la pathogénie de l'H.D. Thèse Paris 1932.

BENSAUDE (R.), HILLEMAND (P.) et AUGIER (P.). — H.D. et polypose intestinale. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 26 mars 1943.

BERARD et DESCHAMP (P.). — Endocardite infectieuse avec H.D. et anévrisme de la poplité. *Loire Médicale,* février 1931, t. 45, p. 78.

BLEU (F.). — Sur l'H.D. dans les endocardites infectieuses. Thèse Paris 1931.

BLUMER (G.). — Subacute Bacterial Endocarditis. *Médecine* 1923, t. 2, p. 105.

BONNAMOUR et DELOR. — Endocardite infectieuse sub-aiguë avec anurie terminale. *Lyon Médical,* 1925.

BOUCHER. — Contribution à l'étude de l'Endocardite maligne rhumatismale à forme prolongée. Thèse Paris 1923.

BRESSELLE. — H.D. et maladies de cœur. Thèse Paris 1904.

BRULÉ (M.) HILLEMAND (P.) et GAUBE (P.). — H.D. et amibiase intestinale. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 15 janvier 1937.

BRÛLÉ (M.) et LIÈVRE (J). — Polypose colique avec H.D. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 22 janvier 1932.

BRUN (J.), VALLIER (J.) et CHASSAGNON (Ch.) — Tuberculeuse miliaire chronique avec H.D. et B.K. dans le sang. *Lyon Médical,* 28 août 1946, n° 17, p. 265.

Caussade (G.). — Le doigt hippocratique. Soc. Méd des Hôp. de Paris, 18 et 28 mars 1932.

Calugareanu (A.). — *Annales de Médecine,* 1925, t. 17, p. 633.

Coombs (Carey). — Discussion on the clinical signaficance and course of subacute bacterial endocarditis. *The British Med. Journal,* 28 août 1920, p. 308.

Campbell. — The H.D. *Brit. Méd. J.,* janvier 1924, p. 145.

Chatin et Cadé. — H.D. avec lésions osseuses dans les néphrites et la cirrhose biliaire. *Lyon Médical,* septembre 1901, p. 281.

Clawson (B.-J.) et Bell (E.-I.). — A comparaison of acute rhumatic and subacute Bacterial Endocarditis, *Arch. of Int. Med.,* janvier 1926, t. 37, p. 66, 67 et 79.

Cotton. — Subacute infective endocarditis. *Brit. Med. J.,* 4 décembre 1920.

Davis (E.). — H.D. héréditaire dans deux familles *Brit. Med. J.,* N° 4.438, 26 janvier 1946, p. 128.

Diallo. — O.A.H. de P. Marie, thèse de Bordeaux 1946.

Esbach. — Thèse Paris.

Galaine. — Déformations de la main dans quelques maladies générales. Thèse Paris 1895.

Gallavardin. — H.D. dans l'Endocardite infectieuse. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, août 1928.

Gallavardin et Langeron. — H.D. dans deux cas de cardiopathies mitro-aortiques anciennes conpliquées d'endocardite à forme prolongée. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, mars 1921, p. 559.

Gallavardin et Gravier. — H.D., signe précoce d'endocardite infectieuse lente. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 17 janvier 1928.

Gallavardin, Gravier et Puig. — H.D., signe précoce d'endocardite infectieuse. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 24 janvier 1928.

Gilbert (A.) et Fournier. — La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique chez l'enfant. *Rev. mens. des mal. de l'enfance,* 1895, p. 309.

Harvier (P.). — H.D. dans les endocardites infectieuses. *Paris Méd.*, 13 décembre 1930, p. 523.

Hay (John). — *Brit. Med. Journal*, 28 août 1920, p. 309.

Hatzieganu (I.). — D.H. dans les endocardites lentes et récidivantes à forme prolongée. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 1923, p. 399.

— Deux cas de d'H.D. unilatéraux dans un anévrisme du tronc brachio-céphalique. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1923, p. 403.

Horder (T.). — *Brit. Med. Journal*, 28 août 1920,, p. 301.

Jouve (A.-X.). — Aspects cliniques et diagnostic des Endocardites malignes prolongées. *Marseille Méd.*, mars-avril 1937.

Klauser. — Cité par Mariano.

Lebreton (C.). — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'H.D. Thèse Paris 1936.

Lemière (A.) et Levesque (J.). — H.D. et amibiase intestinale. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1932, p. 154.

Le Noir, Baize et Boquien. — Endocardite maligne lente simulant une néphrite. Evolution apyritique. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 15 juin 1928, p. 1.041.

Lewis (T.). — *Brit. Med. Journal*, 28 août 1920 p. 309.

Libman (E.). — *Brit. Med. Journal*, 28 août 1920, p. 304.

— Classification of various forms of endocarditis. *J. of Am. Med. Ass.*, 17 mars 1923, p. 813.

Loisel. — H.D. chez un enfant de 8 ans. *Normandie Méd.*, N° 6, juin 1934.

Loubeyre (J.) et Fabiani. — H.D. dans entérite à lamblias et à trichomonas. Soc. Méd. d'Alger. In *Algérie Méd.* mai 1933.

Lovibond (J.-L.). — Diagnosis of clubbed finger. *Lancet*, 12 février 1938, T.I., p. 363.

Marchal et Jaubert. — *Bulletin Méd.*, 1929.

Marfan. — Discussion de la com. de Moizart (M.) : 2 cas d'O.A.H. dans le cours de pleurésies purulentes chez des enfants. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 1893, p. 359.

Martin (J.-F.) et Bocca (C.). — Endocardite infectieuse et H.D. *Lyon Méd.* 1922.

Mariano (R.), Castex, Mazzet (E.S.). — L'H.D. unilatéral et sa valeur dans les anévrismes artériels. *Presse Méd.* 1940, p. 931.

Mauriac (P.) et Saric (R.). — H.D. chez une jeune femme de 24 ans atteinte d'ictère hémolytique familial, avec grosse rate et syndrome purpurique. Soc. Méd. de Bordeaux, séance du 2 avril 1943.

Molines. — H.D. dans les endocardites infectieuses à forme prolongée. Thèse Lyon 1921.

Monge (Carlos). — Cité par Scharchter (*J. M. de Paris*, 15 septembre 1932), Moulonguet et Quirno.

Moulonguuet et Salomon. — Rétrécissement inflammatoire du rectum : H.D. et rhumatisme infectieux. *Paris Méd.* 17 août 1932, p. 1.269.

Perez de Los Reyes (R.), Siloa (A.), de La Torre (H.). — Cardiopatia congenita con intensa cianosis, dedos hipocraticos et poliglobulia, *Arch. Med. Inf*, juillet-septembre 1936, p. 263.

Poli (A.). — Ippocratico digitale in sagetto spondilitico amiloideo. *Arch. di Ortop.*, 31 mars 1936, p. 52 et 125.

Poyton (F.-J.). — *Brit. Med Journal*, 28 août 1920. p. 306.

Quirno (N.). — Etiologie del hippocratismo digital, *Prensa Med. Argentina*, 23 mai 1934, p. 969.

— *Revista Medico Querurgica del Hopital Rivadavia*, décembre 1933, pageg 823.

Ravoire (J.) et Blaquiere (G.). — L'H.D. *Revue Méd. de France*, novembre-décembre 1941, p. 419.

Robalinho, Cavalcanti, Salles (M.). — Caso de angioma cavernoso de lingua com debos hippocraticos. *Brasil Med.*, décembre 1935, p. 1.101.

Roch (M.). — Télangiectasies pulsatiles et H.D. chez un malade atteint de syndrome de Hanot. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 25 février 1932, p. 102.

RONCATO (A.). — Contributo alla conascenza e alla genesi della dita ippoocratiche. *Riforma Med,* 28 mars 1927, p. 291.

ROSENAW. — Changes in finger nails after rhumatic fever and tuberculosis. *J. Of. Am. Med. Ass.,* 10 janvier 1922, p. 1.783.

SARIC (R.). — O.A.H. de P. Marie. *J. de Méd. de Bordeaux,* 15-30 août 1943, p. 253.

SCHACHTER (M.). — Autour des problèmes clinique et pathogénique du D.H. *Journal de Méd. de Paris,* N° 37, 15 septembre 1932.

— L'H.D., une perturbation endocrinienne *Journal de Méd. de Lyon,* 5 juillet 1945, p. 443.

SEATON (D.-D.). — Familial Clubbing of fingers and toes *Brit. Méd. J.,* 19 mars 1938 p. 615).

SERRE. — L'H.D. Thèse Paris 1895.

SOUQUES. — Déformation hippocratique des doigts. Varice du membre supérieur. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 1919, p. 186.

STARLING (H.-J.). — *Brit. Med Journal,* 28 août 1920, p. 308.

THAYER. — Archives des maladies du cœur, 1925.

VON GLAHN (W.-C.) et PAPPENHEIMER (A.-M.). — Relation entre endocardite rhumatismale et subaiguë infectieuse. *Arch. of Int. Med.,* février 1935, p. 173.

Dépôt légal effectué en 1947 (3e trimestre)

Imprimerie Vve VASSAL, 58, rue du Sablonat, Bordeaux - 1947

TABLE DES MATIERES

Introduction 9

Première partie : Généralités 11

Chapitre I : Classification des Endocardites 11

Chapitre II : L'Hippocratisme digital 15

Deuxième partie : L'Hippocratisme digital dans les endocardites 28

Chapitre I : Caractère de l'Hippocratisme digital dans le syndrome de Libman-Osler 28

Chapitre II : Valeur diagnostique de l'hippocratisme digital 36

Troisième partie : Documents cliniques 47

Conclusions 69

Références bibliographiques 73